

CASO CLÍNICO

Manejo de prolapso de órganos pélvicos con colposacropexia laparoscópica: reporte de caso



R. Vega-Castro*, R.A. García-Vásquez, J. Arriaga-Aguilar, V.M. Pérez-Manzanares, J.A. Solís-Rodríguez, F. Salinas-González, J. Padilla-Piña, A. Zárate-Morales, I. Gerardo-Osuna y M. García-Díaz

Servicio de Urología, Hospital General del Estado de Sonora «Dr. Ernesto Ramos Bours», Hermosillo, Sonora, México

Recibido el 1 de octubre de 2014; aceptado el 27 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 14 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Prolapso pélvico;
Colposacropexia;
Laparoscopia

KEYWORDS

Pelvic prolapse;
Laparoscopy;
Sacrococpexy

Resumen El prolapso de órganos pélvicos, se refiere a la pérdida de soporte del útero, vejiga, colon o recto, que conduce al prolapso de uno o más de estos órganos por la vagina. Es común en mujeres entre los 20 y 60 años, con una incidencia aproximada del 30%. Los factores de riesgo conocidos son edad, obesidad e histerectomía. Las metas del tratamiento del prolapso vaginal es restaurar adecuadamente la anatomía vaginal, mantener la función (sexual, urinaria, intestinal) y durabilidad. La colposacropexia se considera el estándar de oro de tratamiento en prolapso pélvico. La colposacropexia laparoscópica ha demostrado tener los mismos resultados que la cirugía abierta, con menor morbilidad. Presentamos el caso de un paciente femenino con prolapso de órganos pélvicos, manejada con histerectomía laparoscópica más colposacropexia transperitoneal laparoscópica, obteniendo resultados favorables tanto en el soporte vaginal y en la mecánica miccional.

© 2014 Sociedad Mexicana de Urología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pelvic organ prolapse management with laparoscopic sacrococpexy: A case report

Abstract Pelvic organ prolapse refers to loss of support of the uterus, bladder, colon, or rectum that leads to the prolapse of one or more of these organs through the vagina. It is common in women between the ages of 20 and 60 years, with an incidence of approximately 30%. The known risk factors are age, obesity, and hysterectomy. The goals of vaginal prolapse treatment are to

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ramirovega02@gmail.com (R. Vega-Castro).

adequately restore the vaginal anatomy and maintain its function (sexual, urinary, intestinal) and durability. Sacrocolpopexy is considered the criterion standard in pelvic prolapse treatment. Laparoscopic sacrocolpopexy has shown the same results as open surgery, with less morbidity. We present herein the case of a woman with pelvic organ prolapse managed with laparoscopic hysterectomy plus laparoscopic transperitoneal sacrocolpopexy, obtaining favorable results in both vaginal support and voiding.

© 2014 Sociedad Mexicana de Urología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El prolapso de órganos pélvicos (POP), es una condición común que afecta a cerca de la mitad de las mujeres. Se relaciona con el incremento de la edad, así como con la histerectomía, siendo de esta, la principal complicación a largo plazo, ocurriendo aproximadamente entre el 0,2-43% de los casos^{1,2}.

Se estima que una de cada 9 mujeres se le realizará histerectomía en el transcurso de su vida, y en el 10% de estas mujeres, se requerirá reparación quirúrgica³. En Estados Unidos, el riesgo de requerir reparación quirúrgica se estima entre el 11-19% para los 80 años de edad⁴.

Existen varias opciones de manejo para el POP, incluyendo colporraxia, colpopexia (vaginal o colposacropexia), contra manejo no quirúrgico incluyendo los pesarios. En los últimos 10 años en Estados Unidos se ha observado un incremento en el manejo quirúrgico del POP, ya sea vía vaginal o abdominal mediante laparoscopia o cirugía robótica⁵.

Los objetivos de cualquier manejo quirúrgico del prolapso vaginal es restaurar la anatomía vaginal, y mantener la función sexual y la durabilidad³.

La colposacropexia fue descrita por primera vez en 1950 por Huguier y Scali⁶. Se considera como el estándar de oro para el manejo del prolapso vaginal apical, debido a que preserva el eje normal de la vagina, la profundidad máxima de la misma, y el uso de material sintético provee la fuerza suficiente en pacientes con tejido nativo débil, por lo que es superior a la cirugía vía vaginal^{3,6,7}. La tasa de éxito se ha reportado entre el 93-100% con este tipo de procedimiento quirúrgico, y del 74% de éxito a largo plazo^{2,8}.

En 1994 Nezhat et al., reportaron la primera serie de colposacropexia laparoscópica⁹. La cirugía laparoscópica combina las ventajas del procedimiento abierto, con las ventajas propias de los procedimientos de mínima invasión, con resultados clínicos comparables entre ambos procedimientos, y permite múltiples tratamientos para la disfunción del piso pélvico, como la incontinencia por estrés, el prolapso uterino, el prolapso vaginal, el rectocele o el enterocele^{2,10}.

Caso clínico

Paciente femenino de 52 años de edad, con antecedente de múltiples cirugías abdominales (colecistectomía laparoscópica, hernioplastia umbilical, manga gástrica). Inicia su

padecimiento actual, posterior a disminución súbita de peso secundario a cirugía bariátrica presentando sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal, negando incontinencia urinaria; a la exploración física se observa prolapso de órganos pélvicos (prolapso uterino grado II y cistocele grado I).

Debido a la presencia de prolapso de órganos pélvicos, se decide realizar histerectomía laparoscópica (fig. 1) y, posteriormente, se realiza colposacropexia con la técnica descrita por Nezhat, utilizando malla de polipropileno (fig. 2), con un tiempo quirúrgico de 2 h y sangrado de 50 cc.

Presentó evolución adecuada, con deambulación y tolerancia a la dieta en el primer día posquirúrgico, con estancia intrahospitalaria de 2 días. Durante el seguimiento se observó corrección completa de cistocele con adecuada mecánica miccional.

Discusión

El POP se refiere a la pérdida de soporte del útero, vejiga, colon o recto, que conduce al prolapso de uno o más de estos órganos por la vagina¹¹. Cuando se relaciona con antecedente de histerectomía, es ocasionado por la desinserción de la fascia pubocervical de la fascia rectovaginal, y del soporte apical dado por los ligamentos cardinales o DeLancey².

La prevalencia del POP basado en la sensación de cuerpo extraño vaginal, está entre el 5-10%, siendo más común en mujeres caucásicas e hispanas, y menos común en mujeres afroamericanas¹¹.

El tratamiento de elección es la colposacropexia, que ha demostrado ser superior a la colpopexia sacroespinal vaginal, con menor tasa de recurrencia¹².

La colposacropexia laparoscópica ha demostrado tener los mismos resultados que la cirugía abierta, con menor morbilidad, pero se ha asociado con mayores costos, asociados a mayor tiempo quirúrgico dependiendo de la habilidad del cirujano¹⁰.

El uso de materiales sintéticos ha demostrado proporcionar adecuado soporte, así como menor tasa de fallo y reintervenciones en comparación con el uso de xenoinjertos¹³.

Las complicaciones intraoperatorias relacionadas a la colposacropexia, tienen una incidencia baja e incluyen lesión vesical, ureteral y hemorragia secundaria a lesión de los plexos venosos presacros. Las complicaciones posquirúrgicas, incluyen sintomatología urinaria inferior, infección

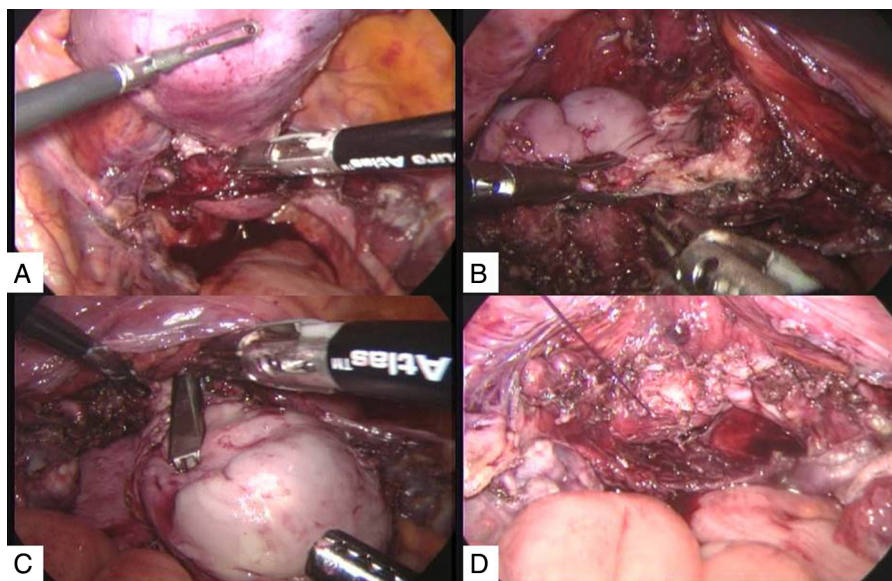


Figura 1 Histerectomía laparoscópica transperitoneal.

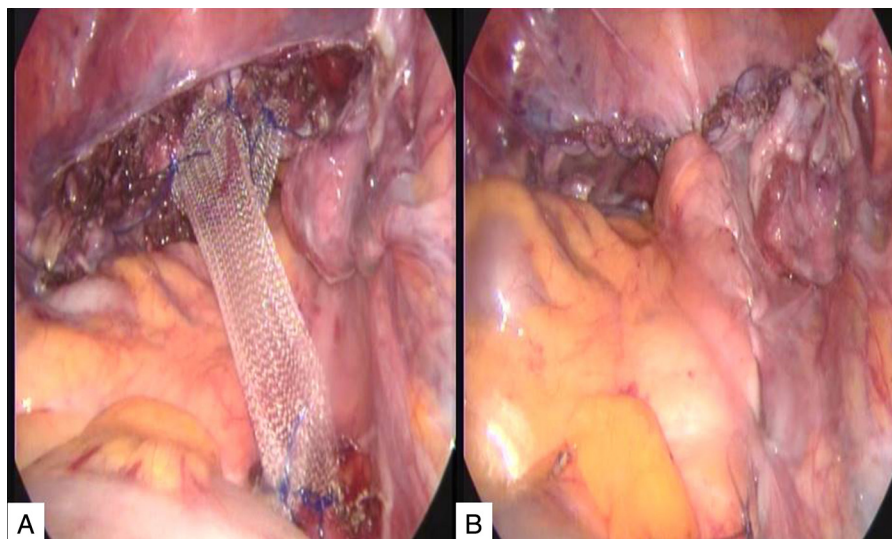


Figura 2 Colposacropexia con malla de polipropileno.

urinaria, retención urinaria, alteraciones intestinales y exposición de la malla¹⁴.

En el caso de nuestro paciente, no se presentaron complicaciones intraoperatorias y tampoco se observó complicaciones posquirúrgicas, con adecuada corrección del POP. Realizar la técnica en forma laparoscópica disminuye la morbilidad del procedimiento, aun con el antecedente de múltiples cirugías abdominales.

Financiamiento

Los autores no recibieron ningún patrocinio para llevar a cabo este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Machin SE, Mukhopadhyay S. Pelvic organ prolapse: Review of the aetiology, presentation, diagnosis and management. *Meno-pause Int.* 2011;17:132–6.
2. Granese R, Candiani M, Perino A, et al. Laparoscopic sacrocolpopexy in the treatment of vaginal vault prolapse: 8 years experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;146:227–31.
3. Elliott DS, Frank I, Dimarco DS, et al. Gynecologic use of robotically assisted laparoscopy: Sacrocolpopexy for the treatment of high-grade vaginal vault prolapse. *Am J Surg.* 2004;188 Suppl 4A:52S–6S.
4. Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, et al. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2010;116:1096–100.
5. Elterman DS, Chughtai BI, Vertosick E, et al. Changes in pelvic organ prolapse surgery in the last decade among United States urologists. *J Urol.* 2014;191:1022–7.

6. Huguier J, Scali P. [Surgical procedure adapted from bladder neck suspension; 10 new cases of prolapse after hysterectomy]. *Bull Fed Soc Gynecol Obstet Lang Fr.* 1957;9:289-92.
7. Maher CF, Feiner B, DeCuyper EM, et al. Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse: A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204:360e1-7.
8. Hilger WS, Poulson M, Norton PA. Long-term results of abdominal sacrocolpopexy. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:1606-10.
9. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol.* 1994;84:885-8.
10. Paraiso MF, Walters MD, Rackley RR, et al. Laparoscopic and abdominal sacral colpopexies: A comparative cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1752-8.
11. McDougal WS, Wein AJ, Kavoussi LF, et al. *Campbell-Walsh Urology* 10th edition Review. Elsevier Health Sciences; 2011.
12. Maher CM, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: The updated summary version Cochrane review. *Int Urogynecol J.* 2011;22:1445-57.
13. Deprest J, de Ridder D, Roovers JP, et al. Medium term outcome of laparoscopic sacrocolpopexy with xenografts compared to synthetic grafts. *J Urol.* 2009;182:2362-8.
14. Zhu L, Sun Z, Yu M, et al. Modified laparoscopic sacrocolpopexy with mesh for severe pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;121:170-2.